L'accompagnement thérapeutique : réflexions sur un élément essentiel en soins infirmiers

Margot Phaneuf, inf. PhD.

Février 2013

« Accompagner quelqu'un, ce n'est pas se placer devant, ni derrière ni à sa place. C'est être à ses côté pour le soutenir. »

Qu'ils soient difficiles, dramatiques ou plus harmonieux, l'infirmière partage à peu près tous les moments d'un épisode de soins avec le client. son aide est toujours sollicitée.

L'accompagnement thérapeutique est une vision intégrée et agissante de ce qui se passe chez la personne soignée au cours d'un épisode de soin. On y trouve :

. **des savoirs** précis, scientifiques pour assurer le suivi clinique. Ils concernent l'état actuel et antérieur du client, ses médicaments, ce dont il souffre, mais aussi la compréhension de sa situation psychologique, de ses valeurs culturelles et de l'influence de ses conditions de vie;

. **des savoir-faire** professionnels permettant un suivi clinique et paraclinique. Ils concernent l'observation judicieuse du client, l'établissement de liens entre ces connaissances et ces observations, l'élaboration du jugement clinique et la rédaction du plan thérapeutique. Le tout auparavant mis en perspective intégrée avec l'état antérieur et présent du client, avec ses attentes, avec le traitement prescrit et avec sa réaction (modification de l'état : amélioration ou détérioration) et les effets du traitement;

. **des savoir-être** professionnels apportant la présence, l'écoute, la compréhension, le soutien relationnel et l'empathie nécessaires au client en fonction de sa situation qui viennent compléter l'accompagnement thérapeutique. Ces liens sont tissés de manière intime avec le client, pour lui et autour de lui.

Les soins dispensés peuvent prendre divers aspects que ce soit sur le plan technique ou organisationnel, mais ils ne trouvent leur véritable raison d'être que s'ils se font accompagnement de la difficulté et de la souffrance du client.

Mais dans le contexte actuel de surcharge de travail, de fréquentes heures supplémentaires obligées, de changement fréquent de personnel, la communication réelle avec le client, le partage de sa situation lorsqu'elle s'avère particulièrement pénible, la vision globale, intégrée de sa condition physique et de son état psychologique et ce, en concordance avec le traitement prescrit, se révèlent rares et difficiles.

Une richesse à conserver

De plus en plus, dans les différents services, les infirmières occupent des rôles prestigieux d'infirmière-pivot, de gestionnaires de programmes et elles le font bien. Mais au niveau des soins directs au client, les choses se compliquent parfois et présentent un caractère plus ordinaire, plus automatique, centré sur les aspects techniques et organisationnels des interventions. Pourtant, l'infirmière n'est pas seulement une exécutante des hautes œuvres médicales et administratives. Elle possède des savoirs qui lui sont propres et un rôle professionnel particulier qui la place au cœur des choses dans une démarche attentive à la singularité, à la vulnérabilité et à la souffrance de la personne soignée et de son entourage.

« Le remède le plus fréquemment utilisé pour guérir les patients est le soignant lui-même. »

Michael Balint

Un modèle conceptuel en soins infirmiers est une représentation schématique de la réalité qui permet de décrire une manière idéale de les concevoir et de les appliquer.

Ce rôle central s'inscrit dans un processus global d'évolution basé sur une rencontre humaine avec tout ce que cela peut comporter de subtilités, mais aussi sur une alliance thérapeutique qui suppose de multiples conditions de partage de la difficulté, de soutien au cours de l'épreuve de la maladie, mais aussi d'observation attentive de l'état d'ensemble de la personne aux divers plans et de mise en liens avec le traitement prescrit et avec la réaction du client. L'infirmière est l'agente de sécurité et de changement qui l'accompagne dans sa progression vers un certain mieux-être, et cela, même si sa situation ne peut connaître une évolution positive. L'accompagnement thérapeutique s'applique à toutes les conditions et plus elles sont critiques, plus il devient essentiel.

Mais où trouver les incitatifs à un accompagnement si complexe ?

En raison des conditions organisationnelles actuelles et de la nécessité absolue d'efficacité, les soins infirmiers sont hélas souvent appliqués à la pièce, un peu comme sur une courroie de montage. La distribution des médicaments se fait à la chaîne et il en est fréquemment de même pour les pansements et les divers traitements. Cette manière d'organiser les soins nous donne une vision réduite de la profession d'infirmière, pourtant

si inclusive dans sa définition réelle. Hélas, le temps étant rare et les activités multiples, la préoccupation pour le malade devient trop souvent secondaire. Le fonctionnalisme risque alors de devenir la règle (et le mode d'emploi) dans nos services. Mais où trouver dans ces organisations de soin, les incitatifs voire, l'inspiration pour la pratique d'un véritable accompagnement thérapeutique du malade?

Des modèles orienteurs

Pendant quelques décennies nous avons cru que les modèles conceptuels en soins infirmiers étaient la solution à tous nos maux et plusieurs modèles de soin nous ont été proposés au cours de cette période intense d'évolution professionnelle. Ils tendaient vers l'amélioration non seulement des savoir-faire, mais aussi des savoir-être trop souvent laissés pour compte dans nos milieux.



Ces différents modèles, quelles qu'en soient les auteures, se voulaient la pierre angulaire sur laquelle devaient reposer les diverses activités de soins, d'évaluation de leur qualité et de la performance des exécutantes. Ils visaient l'amélioration du service rendu par l'infirmière et l'orientaient vers une compréhension plus large des soins tenant compte des diverses dimensions de la personne, de l'importance de son autonomie, de l'implication de la famille, de l'environnement et de plusieurs autres aspects essentiels du "prendre soin".

Fenêtre sur le passé et élan vers l'avenir

Sans vouloir ramener à l'avant-scène des concepts organisationnels qui ont perdu la ferveur des utilisatrices, il est important de comprendre comment et pourquoi ils ont été développés, de quelle manière ils ont évolué et quelle a été leur influence au cours de ces deux décennies où ils ont connu une grande popularité. Dans la progression d'une profession, afin de savoir où nous allons, il est important de connaître les étapes antérieures de notre devenir. Le futur possède souvent des parentés de préoccupations avec le passé qui s'esquissent pour nous autour des concepts de qualité des soins, de scientificité et d'humanisme des interventions. En considérer les racines permet parfois de voir surgir les ferments des idées nouvelles qui nous influenceront. C'est ce qui motive le développement qui suit.

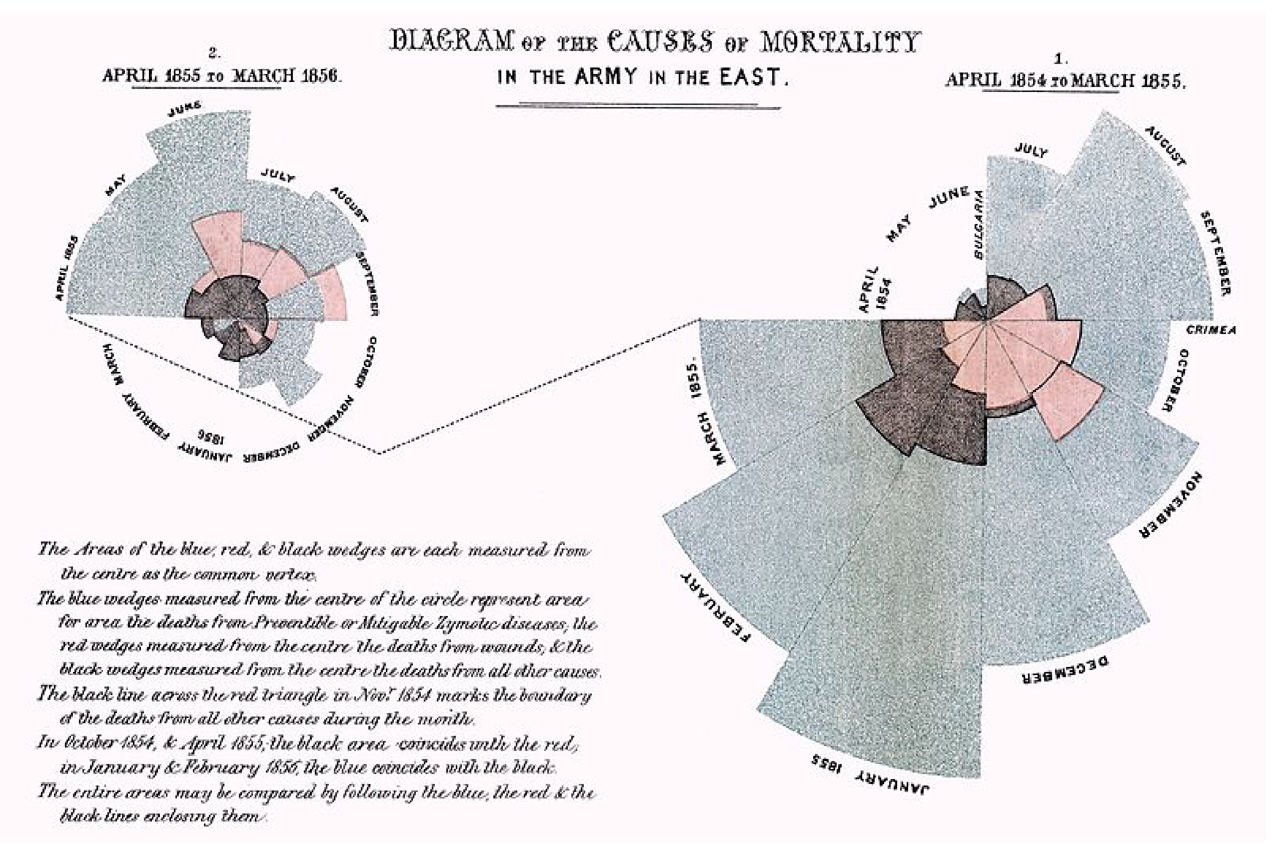
Origine des modèles conceptuels en soins infirmiers

Les modèles conceptuels en soins infirmiers remontent assez loin dans notre histoire professionnelle. Bien que des religieuses appartenant à des communautés catholiques en France, à des groupes anglicans en Angleterre ou à des diaconesses en Allemagne aient

élaboré des structures visant à introduire plus d'humanité et d'hygiène dans les soins hospitaliers, le premier modèle qui servit à structurer l'enseignement et la pratique infirmière est probablement celui de Florence Nightingale. Cette pionnière qui œuvra en Angleterre après avoir lutté contre les attentes de sa famille d'épouser un homme de la haute société et qui vécut comme soignante l'enfer de la guerre de Crimée (Russie 1854), ouvrait la voie à l'instauration d'une profession moderne pour les infirmières.

Vers 1860, elle publie *Notes on Nursing*, un livre qui devint la pierre angulaire du programme de formation de l'école d'infirmières qui portait son nom. Il est depuis considéré un peu partout dans le monde comme un texte classique d'introduction aux soins infirmiers. L'orientation qui était alors donnée à cette formation était un exemple remarquable de compassion et de dévouement attentif aux soins des malades, mais nous sommes aussi redevables à Florence Nightingale d'orientations judicieuses pour l'administration des hôpitaux et pour la santé publique.

Elle intéressait ses élèves à l'hygiène des lieux et à l'alimentation des malades, comme facteurs propices à la guérison et à la prévention. Elle fut même avant l'heure l'avocate de la santé holiste qui tient compte des diverses dimensions de la personne. Pionnière des



activités scientifiques, elle fit aussi sa marque avec des travaux statistiques qui permettaient d'appuyer ses hypothèses. Le tableau qui précède montre comment elle illustrait l'évolution de la mortalité au sein de l'armée anglaise en Orient. Image:

http://fr.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale. Ces considérations sur les services de santé sont des préoccupations très modernes qui peuvent même être reprises avec avantage aujourd'hui. Elles nous montrent d'où nous sommes parties et qu'en dépit de progrès professionnels spectaculaires, il est des notions qui doivent encore de nos jours demeurer des leitmotive pour les soins.

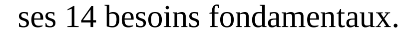
Les efforts de progression des années 1950

Presque cent ans se sont ensuite écoulés avant que de nouvelles théoriciennes surgissent dans notre profession. Ce n'est en effet que vers 1950, aux États-Unis, que naquit un courant évolutionniste où des infirmières ont cherché à définir leur profession de manière plus précise et mieux étayée sur des principes philosophiques, sociologiques et psychologiques nouveaux. Au cours des vingt années qui suivirent, une vingtaine de modèles théoriques différents ont surgi et se sont répandus dans nos établissements d'éducation et de soins, devenant des bases obligées de notre profession.

Quelques modèles conceptuels qui ont marqué les soins et la formation au Québec

Plusieurs modèles théoriques ont connu une grande popularité au Québec. Ils se sont peu à peu implantés dans les établissements de formation, dans les centres de soins hospitaliers et les CLSC (Centres locaux de soins communautaires).

Certains de ces modèles conceptuels organisaient les soins autour de la connaissance et de la satisfaction des besoins du malade. Celui de ***Virginia Henderson*** fut, comme dans plusieurs pays d'ailleurs, particulièrement répandu chez nous pendant de nombreuses années. Il vise à conserver ou à rétablir l'indépendance du client dans la satisfaction de ses 14 besoins fondamentaux.



Le modèle de Hildegarde ***Peplau*** a aussi été connu pour sa valeur concernant les interactions entre le client, le soin et l'infirmière. Ses principes apportèrent à notre profession ses premières bases relationnelles.

Un autre modèle répandu au Québec fut celui de Dorothéa ***Orem*** qui visait l'autonomie du client par le biais des "autosoins" ; le but étant de l'assister dans la connaissance et l'application autonome de ses soins au cours de différentes expériences de problèmes reliés à la santé. Image: 2010-10-25-IPS.png

Le modèle de ***Calista Roy*** a aussi connu chez nous une certaine notoriété au Québec. Sa pensée est articulée autour du concept d'adaptation où la personne s'adapte à son environnement et à sa situation grâce à des mécanismes acquis ou innés, biologiques ou psychosociaux. L'infirmière évalue la réponse adaptative du client et elle la renforce si elle est jugée positive ou tente d'agir sur ces stimuli, si elle est négative.

D'autres modèles de même nature ont aussi été connus chez nous, soit celui de ***Dorothy Johnson,*** de ***Myra Levine*** et de ***Betty Neuman***. Ce dernier modèle se distingue, entre autres, par la définition des différents niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

L'un des modèles les plus connus en santé communautaire a été celui de ***Moyra Allen*** de l'université McGill à Montréal. Pour cette auteure, le but des soins infirmiers est la promotion de la santé, par l'éducation au maintien, au renforcement et au développement de la santé au sein de la famille.

Le modèle de ***Martha Rogers*** a aussi connu une certaine notoriété. Il intégrait le concept des champs énergétiques où la santé dépend de "patterns" de comportements personnels et intimement liés à sa culture. Image : Nurse-Practitioners.jpg

L'un des derniers modèles à se développer dans nos établissements de soin et d'éducation était l'œuvre de ***Jane Watson***. C'est celui du "Caring" ou "Prendre soin". Ce modèle décrit la démarche soignante infirmière comme un processus étayé par des principes humanistes et un ensemble de connaissances scientifiques en croissance, favorisant, par le moyen de dix facteurs caritatifs, le développement et le maintien de la santé de la personne soignée.



Parmi ces facteurs, citons: le soutien du système de croyance et d'espoir du client, la sensibilisation à soi et aux autres, le développement d'une relation d'aide et de confiance avec le client, l'utilisation de la méthode scientifique de résolution du problème pour la prise de décision et la planification des soins, la promotion d'un apprentissage des relations interpersonnelles, l'assistance dans la satisfaction des différents besoins humains, la création d'un environnement physique, psychologique, socioculturel et spirituel favorable au soutien, à la protection ou à la correction des facteurs de santé.

Le modèle interculturel de ***Leininger*** vient aussi sous-tendre nos relations avec les autres communautés. La connaissance et le respect des valeurs reliées à l'appartenance à des

traditions culturelles et religieuses différentes des nôtres facilitent les interactions avec les personnes d'origine étrangère qui forment maintenant une bonne partie de la clientèle de nos établissements de santé.

Qu'en est-il aujourd'hui de ces modèles?

Ces modèles ont connu une certaine notoriété dans nos maisons d'éducation et de soin. Pendant de nombreuses années, l'un ou l'autre de ces schémas théoriques était étudié, configuré selon la réalité en place pour étayer nos activités professionnelles, c'est-à-dire pour la collecte des données, pour la planification des soins et pour leur évaluation.

Les modèles conceptuels sont encore étudiés et utilisés dans certains de nos établissements supérieurs, particulièrement pour la formation, mais ils ont malheureusement perdu de leur popularité pour les soins. À plusieurs endroits, ils figurent encore comme base théorique pour le service infirmier, mais auprès du lit du client, leur influence n'est pas très perceptible.

Quelques raisons de la désaffection pour les modèles conceptuels ?

Les raisons de la désaffection des modèles conceptuels sont multiples. L'arrivée des diagnostics infirmiers avec leur côté pragmatique, qui leur a pour un temps volé la vedette, n'est certes pas complètement étrangère à ce phénomène. Les diagnostics infirmiers ont été très présents un peu partout dans les établissements de soins et de formation et ils ont même été informatisés pour plus de facilité d'utilisation. Image: nursing-international.jpg



Il faut aussi reconnaître que la complexité théorique de certains de ces modèles conceptuels en rendait l'application fastidieuse. De plus, comme ils différaient souvent d'un établissement à l'autre, il s'installait chez les infirmières des établissements de santé et de formation, lors d'un éventuel changement de lieu ou de service, une confusion ou une indifférence devant la nécessité d'apprendre un nouveau modèle. Il en était de même pour les étudiantes formées au collège dans l'esprit d'un certain modèle qui, arrivées sur le marché du travail, devaient rapidement se familiariser avec un autre modèle en plus d'avoir à s'adapter au monde du travail. Il en résultait souvent qu'elles n'en possédaient aucun à fond.

D'autres explications possibles pour ce désintérêt

D'autres explications peuvent aussi aider à comprendre la désaffection à l'égard des modèles théoriques. Il faut d'abord considérer le peu de recherches effectuées sur les retombées positives de ces modèles conceptuels sur la qualité des soins. Pourtant, certaines recherches avaient réussi à mettre en évidence des améliorations concernant le contrôle de l'incontinence pour certains clients, la prévalence des chutes, des escarres de décubitus ou pour certains problèmes psychosociaux.[1].[2]

Mais le principal responsable est probablement l'ensemble des restructurations au sein des établissements qui, tout en exigeant de nombreux efforts de réorganisation des structures et des personnels, créaient des besoins nouveaux. On peut mentionner les coupures de budgets et de personnel, les orientations plus administratives des établissements et pour les milieux de formation, la saturation des programmes d'apprentissage.

Des facteurs sociologiques et professionnels ont probablement joué un rôle dans ce désintérêt. Des changements au niveau de la loi régissant les professions sont venus modifier la répartition du travail infirmier dans l'équipe et confier des fonctions élargies aux infirmières (Loi 90). Il faut ajouter d'autres facteurs professionnels : avec le plan thérapeutique (PTI), le leadership infirmier s'ouvrait sur d'autres responsabilités, des incitatifs nouveaux ont aussi surgi au niveau de la formation de base et de la formation continue et des rôles prestigieux ont fait leur apparition dans nos établissements. Cette évolution rapide et exigeante créait alors une dynamique renouvelée qui tout en conditionnant le travail soignant, modulait aussi les mentalités.

Les diagnostics infirmiers

Les diagnostics infirmiers ont été pour un temps des concepts organisateurs de la pensée et de l'action infirmière. Leur côté pragmatique était attirant et ils pouvaient s'utiliser en présence d'un modèle conceptuel. Ils formaient un soutien intéressant pour le jugement clinique et permettaient une planification élaborée des soins en offrant des ouvrages où s'articulaient diagnostics infirmiers, interventions suggérées et résultats escomptés afin de faciliter l'évaluation des soins.

Mais avec le temps, leur développement complexe incluant des problèmes rares réservés à des spécialités, a rebuté les infirmières, les enseignantes et les étudiantes qui éprouvaient de la difficulté à se retrouver dans cette masse de possibilités. L'insistance sur la taxinomie des diagnostics infirmiers plutôt que sur l'observation du client et

[1] . Doerge, Jean, (2000). Creating an Outcomes Framework, Outcomes Management for Nursing Practice.Vol.4 (1) January / March , pp 28-33.
[2]. Mc Gillis Hall, Linda, Doran, Diane, (2004) Nurse Staffing ,Care Delivery Model, and Patient Care Quality , J.Nurs.Care Quality, vol 19,No 1 , pp 27-33.

l'élaboration d'un véritable jugement clinique infirmier est aussi venue en affaiblir la nécessité et compliquer leur utilisation.

Il est dommage que de petits répertoires de diagnostics prioritaires simples et courants pour les différents services ne se soient pas imposés. Le concept de diagnostic infirmier offrait pourtant une visibilité nouvelle aux soins infirmiers et un moyen clair et précis de cibler les problèmes du client. Il faut aussi reconnaître qu'ils n'ont pas vraiment retenu la faveur de nos établissements supérieurs de formation et de notre Ordre professionnel.

Les diagnostics infirmiers sont eux aussi encore enseignés dans quelques collèges, mais comme les modèles, ils ont maintenant à peu près perdu la faveur des soignantes et leur usage a de beaucoup diminué. Pourtant la nécessité pour l'infirmière de poser un jugement clinique pour organiser les interventions de soins demeure professionnellement essentielle. Toutes les professions fondent leur action sur le jugement clinique. Les soins infirmiers feraient-ils exception?

Pour les divers problèmes dans nos milieux de soin, il est devenu courant de toujours mettre en cause l'insuffisance du personnel, les heures supplémentaires obligées et la lourdeur de la tâche, mais qu'en est-il réellement?

Le rapport CIRANO montre pourtant une divergence entre cette perception répandue et la réalité. Les observations démontrent que les infirmières du Québec ne rejoignent pas l'intensité du travail de leurs consœurs des autres provinces. Elles travaillent moins d'heures par semaine, occupent plus de postes à temps partiel et s'absentent plus souvent. En 2007, elles ont travaillé 28h/semaine alors que c'était 31,3 h/semaine en Ontario. Parmi dix juridictions internationales, ce sont les infirmières du Québec qui travaillent le moins. Mathieu Laberge et Claude Monmarquette (2009): Portrait des conditions de pratique et la pénurie des effectifs infirmiers au Québec : http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2009RP-01.pdf

Un changement progressif

Ces difficultés, combinées à la lourdeur de la tâche, ont probablement amenuisé la volonté d'organiser les soins à partir d'un modèle conceptuel ou d'articuler le jugement clinique sur les diagnostics infirmiers. Il suffit d'aller pendant quelque temps dans une urgence ou dans un service de soins pour réaliser le poids de la tâche sur les soignantes. Cette tension existe, elle est observable.

Par ailleurs, nous avons facilement tendance à invoquer le poids du travail pour expliquer les accomplissements que nous ne réussissons pas à réaliser. Il nous faut cependant demeurer prudentes dans nos affirmations, car selon une étude du groupe Cirano (Centre interuniversitaire de recherche, de liaison et de transfert des savoirs en analyse des organisations), effectuée en 2007, la tâche infirmière au Québec n'est pas supérieure à celle des soignantes dans les autres provinces canadiennes?

Cependant, les choses ont pu changer depuis ces dernières années, mais il y a de toute évidence des difficultés dans nos milieux, mais où résident-elles au juste et quelle est leur influence sur notre évolution professionnelle? Ce sont des questions d'importance si nous voulons comprendre où nous allons.

Une évolution inéluctable

Tout en demeurant objectives (puisqu'il s'agit d'une recherche déjà plutôt ancienne), nous ne pouvons pas toujours nous justifier en invoquant les lourdeurs de la charge de travail. Il faudrait peut-être nous demander quel sens nous voulons donner à nos soins et en accord avec nos aspirations, quels moyens nous désirons mettre en branle. L'évolution est un processus qui tire ses racines du questionnement et qui s'épanouit dans la réflexion. Cirano: http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2009RP-01.pdf

Le passé est révolu et le progrès a fait sa marque. Il nous faut en accepter les bienfaits et les adapter à notre temps et à notre sensibilité professionnelle actuelle. De nos jours, de nouvelles approches se sont développées et s'orientent vers des éléments plus pragmatiques de la gestion par programme, du suivi systématique des clientèles, etc. Certains centres comme l'hôpital d'Ottawa ont même développé des modèles de fonctionnement répondant à leurs propres besoins.



Un exemple de modèles de soins pratiques et réalistes

L'hôpital d'Ottawa s'est doté de trois modèles adaptés à sa réalité. Voici l'explication succincte que la Direction des soins infirmiers en donne. Image: Nurse-Practitioners.jpg

- « Le premier, le **Modèle de pratique infirmière professionnelle** a vu le jour entre 2000 et 2002 en raison des profonds changements aux systèmes de santé et d'éducation, ainsi que des progrès en matière d'autorèglementation. Nous avons repensé la pratique infirmière professionnelle pour la doter d'une infrastructure dynamique. L'infrastructure comprend désormais des politiques et des processus qui épaulent et orientent les infirmières dans leurs quatre domaines de pratique : la pratique clinique, l'enseignement, la recherche et la gestion. Cette réorganisation s'applique également à la façon de fournir des services, tant en contexte intraprofessionnel qu'interprofessionnel. » Voir: Modèle de pratique infirmière professionnelle
- « Les infirmières de L'HO souhaitaient en outre suivre un seul modèle cohérent lorsqu'elles apportent des soins aux patients. Entre 2000 et 2002, nous avons donc

adopté le **Modèle de pratique infirmière clinique** (MPIC) à la suite d'un processus systématique, qui nous a menés à effectuer une recherche documentaire, une analyse de l'environnement, des sondages et des consultations. Selon ce modèle, les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées assument la pleine responsabilité de leur pratique et réalisent leur potentiel aux côtés des fournisseurs de soins non réglementés. »

« Mis en œuvre dans plus de 110 unités de L'HO, le MPIC est le premier modèle du genre conçu pour relever les défis du XXIe siècle au Canada. L'HO collabore d'ailleurs avec bon nombre de partenaires externes pour mettre en application ce modèle dans divers secteurs de pratique, notamment ceux des soins aigus, des soins transitoires et des soins de longue durée, ainsi que dans les établissements ruraux. » Voir: Modèle de pratique infirmière clinique (MPIC©)

- « Le troisième modèle, appelé le **Modèle de soins interprofessionnels** (MSIP) a vu le jour en 2006 au moment où la collaboration interprofessionnelle était une priorité gouvernementale au Canada. Cette convergence des intérêts aide à améliorer la continuité des soins tout au long du continuum, au profit des patients et des familles, en plus d'aider à relever les défis associés à la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé. » Voir: Modèle de soins interprofessionnels (MSIP©)

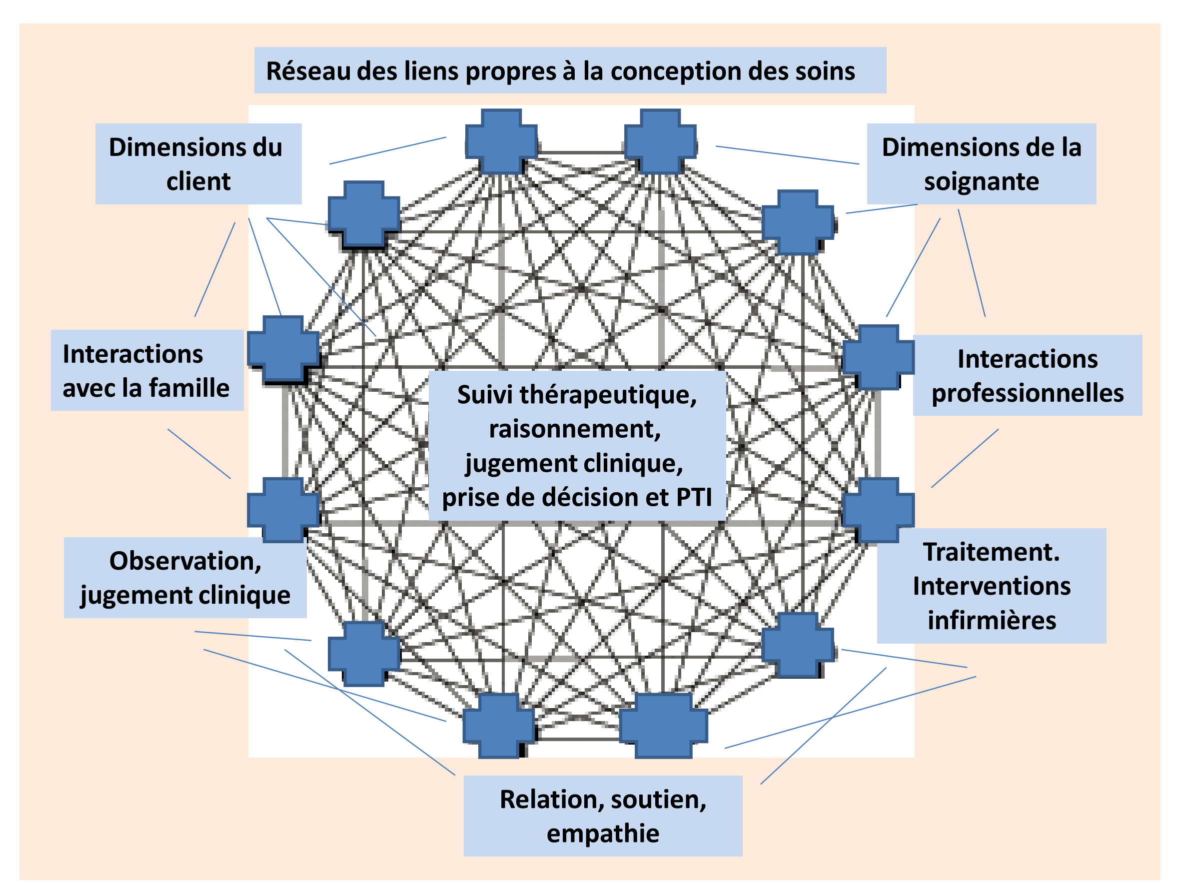
Mais d'autres concepts organisateurs peuvent-ils nous inspirer ?

De nombreuses idées sont dans l'air pour le développement de notre profession, mais il est important, dans cette évolution organisationnelle et professionnelle de ne pas « lâcher la proie pour l'ombre » et de demeurer centrées sur le service et sur la clientèle qui est notre raison d'exister. Quels que soient les rôles qui nous seront dévolus, il sera toujours important pour la soignante de fonder son travail sur un jugement clinique bien étayé et formulé à partir des multiples liens établis entre ce qu'elle est comme être humain et comme professionnelle (ses perceptions, sa formation, l'acuité de son observation, etc.) et ce qu'est et ce que vit le client (avec ses attentes, ses peurs, sa douleur, son état antérieur, son état actuel, sa réaction au traitement, etc.). Ce sont ces liens qui sont à la base de l'accompagnement thérapeutique.

L'infirmière, un acteur-réseau

Afin de retrouver les motivations que suscitaient les modèles conceptuels, nous avons peut-être besoin de jeter un regard nouveau sur notre travail professionnel afin de nous arrêter un moment pour en réaliser la nécessité et la grandeur. Il faut peut-être voir l'infirmière comme un "acteur-réseau" à la manière de certains travaux récents en sociologie des organisations où l'on met de l'avant ***l'acteur stratégique*** au cœur du réseau.

Ce concept est très éclairant puisqu'il permet de saisir même graphiquement la complexité du travail infirmier. Ce qui compte ce sont les liens qui sont établis. Ils peuvent s'instaurer entre des personnes, des services, des dimensions des personnes et même entre certaines réalités, par exemple l'informatique, le budget, etc.



Mais, quelle que soit la sphère où s'exerce son travail, l'infirmière qui tient bien son rôle est l'acteur stratégique de cet entrecroisement de filiations. Cependant, si elle laisse échapper quelques-uns des liens à l'intérieur de ce réseau complexe, il en résulte des soins impersonnels, inefficaces ou même déplorables dans certains cas. L'illustration qui précède montre la complexité des liens à établir pour exercer un accompagnement thérapeutique réussi.

La théorie de l'acteur-réseau est une approche sociologique développée dans les années 1980 où les organisations doivent être vues en termes de réseau.

La surveillance clinique et paraclinique

Une des dimensions fondamentales de l'accompagnement thérapeutique est la surveillance clinique et paraclinique de la personne soignée. Cette surveillance est au cœur des liens nécessaires à cet accompagnement. Elle est exigeante, mais elle fait partie de l'autonomie professionnelle dévolue à l'infirmière et s'inscrit dans le suivi thérapeutique lié à ses fonctions, telles que définies dans la Loi 90.

La surveillance clinique et paraclinique de la personne soignée comprend:

. l'observation du client au moment de son arrivée et tout au long de l'épisode de soins. Elle englobe la collecte des données et l'examen clinique qui permet d'évaluer les fonctions homéostatiques du client. Ce sont des interventions professionnelles de première importance. À ce moment, l'infirmière doit aussi se demander ce qu'il serait pertinent d'observer de plus près chez ce client? Faiblesse, sibilances, anxiété, dyspnée, arythmie, cyanose, etc.?

> **Loi 90 - Article concernant le suivi clinique : l'infirmière doit « exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier. »**
> ***La loi 90***. Présentation : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Loi90-pres_03-01-16.pdf

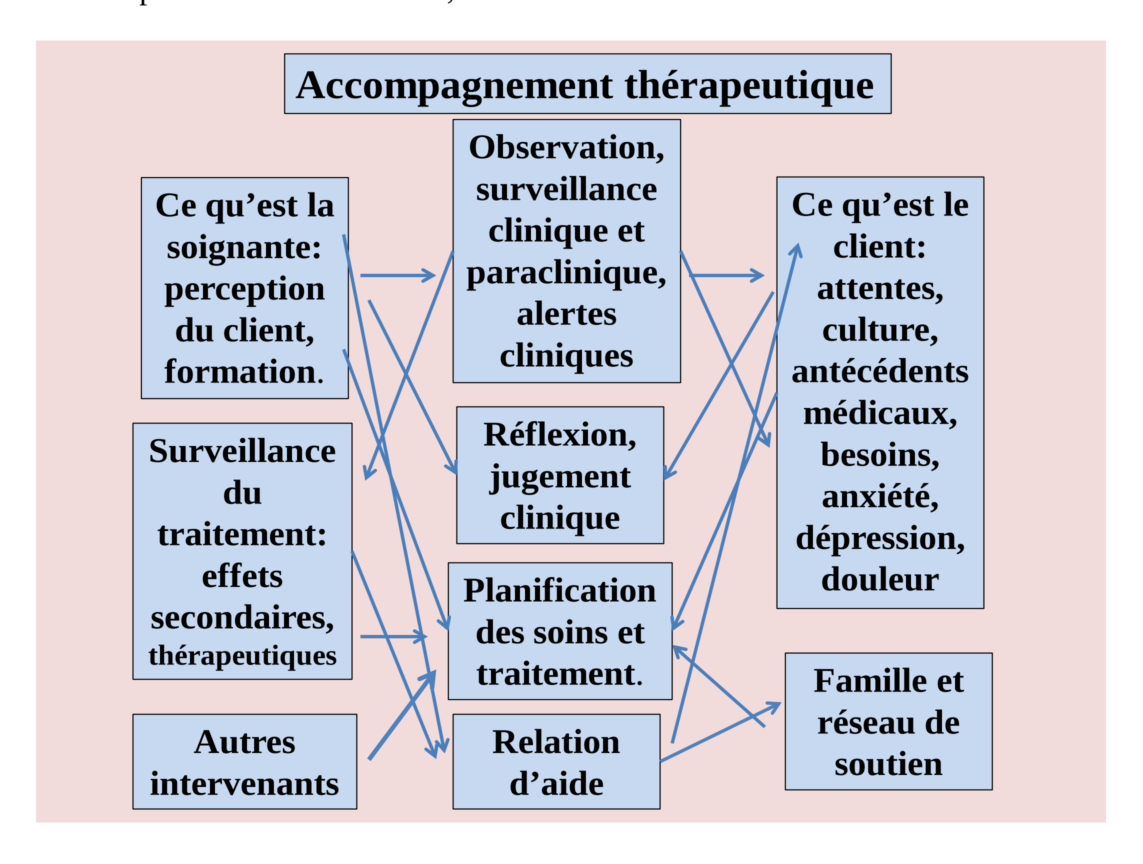
. cette surveillance porte aussi sur l'identification des besoins de base du client et de ceux concernant sa santé à l'arrivée et pendant le traitement (tels que l'alimentation, l'hydratation, la qualité de la respiration, l'élimination, le sommeil, la diminution de la vigilance, le degré de mobilité pour se rendre à la toilette, etc., Il faut aussi penser à la prévention des chutes, à la présence d'anxiété, à la douleur, au besoin d'information du client concernant son problème de santé, son traitement et la prévention des séquelles et de certaines difficultés.

. cette surveillance concerne aussi l'établissement de liens entre les diverses dimensions de la situation: état antérieur (diabète, problèmes circulatoire ou cardiaque, etc.) personnalité du client (anxieux, état de stress, dépression, agressivité, etc.) traitement actuel, résultats des différents examens et analyses, acceptation, du traitement par le client/collaboration/réaction au traitement, médicaments, influence de l'état psychologique, des attentes, de la lassitude, de la faiblesse, de la dépression du client.

. la surveillance clinique et paraclinique comporte le suivi clinique pour évaluer l'évolution de l'état de la personne : évolution négative, positive ou stagnation, surveillance des fonctions vitales et des constantes biologiques normales, surveillance des effets des médicaments et traitements, des effets indésirables et de l'action thérapeutique attendue.

. elle concerne aussi la prévention des complications et des séquelles, l'identification des alertes cliniques Ex.: DRS, (douleurs rétrosternales) baisse de la saturation artérielle et dérèglement des gaz artériels, arythmie, etc.

Tout ceci implique que l'infirmière doit non seulement observer le client, mais qu'elle doit aussi suivre l'évolution des examens et tests paracliniques de diverses natures: ex.: formule leucocytaire, RX pulmonaire, acidose respiratoire, hyperglycémie, culture, IRM (imagerie par résonnance magnétique), etc. Elle doit se demander quelle complication faut-il craindre? Quels en seraient les signes? Que faudra-t-il faire en l'occurrence? Qui faudra-t-il prévenir? Autrement dit, elle doit tout surveiller!



La réflexion dans l'action : le jugement clinique

De ces observations et liens divers, l'infirmière peut extrapoler un jugement clinique qui cible, résume en quelque sorte le ou les problèmes du client. Cette réflexion au cœur de l'action fait surgir le concept organisateur de l'intervention infirmière qui pourra ensuite donner lieu à son PTI (plan thérapeutique infirmier). L'illustration qui précède montre les principaux liens à établir pour un accompagnement thérapeutique.

La relation d'aide, élément essentiel de l'accompagnement thérapeutique

L'autre élément nécessaire pour un accompagnement thérapeutique réussi est la relation d'aide. Elle permet de mettre le client en confiance, de lui apporter le réconfort et l'empathie qui lui sont nécessaires au cours d'une expérience de maladie, de travailler

avec lui sa confiance en soi et de lui insuffler l'espoir, si pertinent, d'un mieux-être. Cette relation, par ses habiletés fines, ouvre à l'infirmière tout un champ d'aide par exemple pour l'acceptation de la maladie et du traitement, pour le soutien du courage du client et l'accompagnement dans sa souffrance. À travers cette relation et par la qualité de l'accompagnement qu'elle instaure auprès du client, l'infirmière peut arriver à une véritable utilisation thérapeutique de soi.

Quelques exemples tirés de la réalité.

Madame D. âgée de 72 ans, est hospitalisée pour une vilaine fracture du fémur à la suite d'une chute sur un trottoir glissant. Son infirmière a procédé à une collecte des données sommaire qui n'a rien révélé de particulier, sauf la douleur à la hanche et à la cuisse et de l'anxiété. Madame D. subit une ostéosynthèse d'urgence. Tout se passe bien et elle évolue selon ce qui est attendu. La 3e nuit, sa voisine appelle affolée : madame D. est tombée par terre en se levant. L'examen révèle quelques hématomes, une fracture du poignet, mais pas de traumatisme crânien ni de dommages au niveau de la fracture. Les problèmes sont corrigés, mais la surveillance accentuée révèle que Madame D. souffre d'un délirium ignoré depuis son intervention. L'âge, la douleur, l'anxiété, une élévation de la tension artérielle passée inaperçue, le fait de se trouver dans un nouvel environnement ont rendu cette cliente inattentive, désorientée et comme elle s'est crue à la maison, elle a voulu descendre du lit pour se rendre à la salle de bain et c'est ce qui a causé sa chute.

Les perceptions de l'infirmière concernant la clientèle sont aussi importantes. Il a été par exemple reconnu que les perceptions des infirmières concernant les personnes âgées avaient une influence sur la qualité de leurs soins, de leur accueil et de leurs relations avec elles. Tanner, Christine A. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. June 2006, Vol. 45, No. 6, p. 204-212.

Nous avons là un exemple de non-accompagnement thérapeutique où les liens avec le traumatisme de la chute sur le trottoir, l'âge de la personne, son niveau d'anxiété et de souffrance, son hypertension oublié, son état et ses réactions en période postopératoire, etc. n'ont pas permis d'identifier le délirium. La chute accidentelle lui a occasionné des malaises supplémentaires qui auraient pu être évités, mais les dommages auraient aussi pu être beaucoup plus graves.

Autres exemples

Paul est un jeune homme de 34 ans admis à l'urgence à la suite d'un accident du travail. Il est tombé d'un escabeau alors qu'il rangeait des produits sur une étagère. La collecte des données révèle entre autres des douleurs intenses à la jambe gauche et qu'il souffre de

diabète depuis de nombreuses années. Il présente une fracture du péroné gauche. Au cours de l'attente à l'urgence, il est très anxieux, il se plaint à l'infirmière de maux de tête et de fortes nausées avec légers vomissements. L'infirmière lui dit que c'est probablement le résultat du choc causé par l'accident et demande au médecin de lui prescrire quelque chose pour ses nausées. Sa jambe est immobilisée et il est retourné chez lui en béquilles. Mais quelques minutes plus tard, il s'effondre dans le hall de l'hôpital en hypoglycémie grave.

Nous avons là un autre exemple de non-accompagnement thérapeutique où des liens entre les conditions antérieures et l'état actuel du client n'ont pas été faits, où l'état d'anxiété et l'agitation génératrice d'une surconsommation métabolique de glucose ont été ignorés.

Paulette a subi une mastectomie totale du sein gauche. La suite opératoire se passe assez bien en apparence et elle doit renter à la maison sous peu. Les points sont enlevés et son infirmière refait habilement le pansement et surveille les exsudats. Mais elle n'a pas le temps de causer avec sa cliente pour bien comprendre ce qu'elle vit. Elle ne réalise pas que celle-ci demeure inquiète en raison de l'évolution du cancer, qu'elle est très déçue, car le chirurgien lui avait prédit une mastectomie partielle, même si cela s'est révélé inapproprié. Paulette ne mange pas, mais personne ne le remarque, elle pleure souvent, ce qui n'attire pas non plus l'attention. Elle se préoccupe de ses trois enfants à la maison et s'inquiète de ses problèmes de couple que la mastectomie ne viendra pas arranger. Elle repart chez elle souffrante et dépressive. Image img_inf03.jpg



Certaines de ces tristes difficultés auraient pu être allégées par la création d'une relation de confiance et l'établissement d'une relation d'aide bien conduite. L'écoute aurait permis à l'infirmière de comprendre la situation de Paulette, de s’intéresser à ce qu'elle mange et à ce qu'elle soit convenablement soulagée, de la rassurer et de la réconforter, de la faire s’exprimer sur ses attentes et sur sa déception, de lui manifester une compréhension empathique et de l'aider à reprendre courage afin de partir chez-elle dans un état optimal, ce qui n'est malheureusement pas le cas.

Réflexion sur la complexité de notre profession

L'infirmière est au centre d'un monde **d'interactions internes** (d'abord avec ses valeurs personnelles, ses perceptions, son éducation, ses expériences antérieures, son niveau de

formation, son état psychologique qui conditionnent ses réactions), **de relations externes** avec le client lui aussi conditionné par de multiples facteurs (son état de santé physique et psychologique, son insécurité et sa souffrance, ses valeurs, sa culture, ses attentes et ses expériences antérieures), **de relations avec la famille**, elles aussi influencées par des facteurs personnels et par leurs espérances. Mais l'infirmière se situe également dans un **réseau professionnel d'interactions** avec ses pairs et avec les autres intervenants de la santé, eux aussi modelés selon l'orientation de leur profession, leur personnalité et par les conditions qui ont cours.

Mais comme nous avons vu, cette complexité n'est qu'une partie du réseau de dimensions que doit considérer l'infirmière dans une situation de soin. Il lui faut connaître le problème de santé du client et ses manifestations idiosyncrasiques, poser un jugement clinique, posséder des notions précises et sures concernant le traitement prescrit et l'appliquer avec méthode. Elle doit ensuite observer les signes concrets et plus subtils de sa réaction positive, mitigée ou négative au traitement, établir des liens entre ce qu'est le client, ce dont il souffre, son traitement et ses résultats et surtout, mettre en place une communication adaptée à la situation et à l'état du client. Elle doit de plus impérativement créer avec lui une relation de confiance et lui apporter le soutien de sa compréhension empathique. C'est pourquoi le terme d'**acteur-réseau** pour qualifier l'infirmière n'est pas exagéré, sa position dans les soins est vraiment stratégique.[3].[4]

Dans cette organisation de la pensée et de l'action, le client n'est pas seulement en théorie au cœur des choses; il ne se situe pas dans une alliance thérapeutique de façade. L'accompagnement thérapeutique n'est pas fait que de belles paroles. Tous les liens établis le sont avec le client, pour lui et autour de lui dans une organisation visant l'efficacité et l'action.

Conclusion

Les soins infirmiers au Québec ont évolué rapidement au cours des dernières décennies et nous avons connu diverses vagues de concepts organisateurs de notre action auprès des clients. Les modèles conceptuels nous ont apporté une vision plus large, plus élevée et plus claire de note rôle soignant, nous rendant plus conscientes des dimensions et des besoins que nous touchions chez l'humain. Ils nous ont apporté une prise de conscience plus claire de la dignité du malade dont nous nous occupons, du respect qui lui est dû et de la nécessité de favoriser son autonomie. À travers cette vision, le soin a pris une signification plus noble et mieux étayée.

---

[3]. Tanner, Christine A. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. June 2006, Vol. 45, No. 6, p. 204-212

[4]. Ritter, B.J. (2003). An analysis of expert nurse practitioners' diagnostic reasoning. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 15, 137-141

Les diagnostics infirmiers nous ont aussi influencées par leur pragmatisme permettant de cibler la difficulté observée, de la nommer et d'organiser l'action autour de ce jugement clinique. Ils permettaient même de définir de manière précise les résultats escomptés. Leur côté pratique n'excluait cependant pas la compréhension de la douleur, de la réaction psychologique de la personne avec des diagnostics traitant de l'anxiété, du deuil, de la solitude et de l'image de soi.

Ces concepts n’ont malheureusement pas réussi à gagner ou à garder la faveur des soignantes et des enseignantes de nos établissements de formation. Sans ces balises qui donnaient sens à notre action, il nous faut prendre garde de ne pas travailler de manière automatique, en posant des gestes à la pièce, sans les rattacher à une pensée organisatrice. Dans un système exigeant qui peut facilement se dépersonnaliser, il nous faut trouver une façon de voir les soins qui soit un incitatif pour stimuler l'enthousiasme de l'infirmière.

En l'absence d'autres repères organisateurs de la pensée, la conscience de l'importance de son rôle comme acteur-réseau, d'exécutante d'un suivi clinique et paraclinique qui place l’infirmière en position privilégiée d'accompagnatrice thérapeutique, pourrait peut-être jouer ce rôle. Il faut aussi rappeler la signification du terme « accompagner ». Ses racines étymologiques qui signifient « marcher avec un compagnon » sont très belles et nous renvoient à des valeurs d'ouverture et d'attention aux autres. Aussi, accompagner quelqu'un en soins infirmiers c'est s'ouvrir à lui et être avec lui dans un moment critique, c'est le respecter dans ce qu'il est, dans ce qu'il peut faire et devenir. C'est prévoir, être à l'affût de ce qui peut advenir, c'est demeurer à ses côtés pour le soutenir dans ses efforts ou face à sa souffrance, c'est lui tendre une main aidante selon les besoins qui se manifestent au cours d'un chemin difficile.